

# セミナー「食べることで通じての人との関わり」

## 参加申込書 (4月6日必着)

送付先 (公社) 北海道栄養士会札幌石狩支部役員 五十嵐 由

FAX : (011)857-5408

受講される方には受講票を葉書にてお送りいたします

氏名 (ふりがな)	( )	<input type="checkbox"/> 栄養士
所属又は住所	〒 -	<input type="checkbox"/> 看護師
連絡先電話番号		<input type="checkbox"/> 一般
氏名 (ふりがな)	( )	<input type="checkbox"/> 栄養士
所属又は住所	〒 -	<input type="checkbox"/> 看護師
連絡先電話番号		<input type="checkbox"/> 一般
氏名 (ふりがな)	( )	<input type="checkbox"/> 栄養士
所属又は住所	〒 -	<input type="checkbox"/> 看護師
連絡先電話番号		<input type="checkbox"/> 一般
氏名 (ふりがな)	( )	<input type="checkbox"/> 栄養士
所属又は住所	〒 -	<input type="checkbox"/> 看護師
連絡先電話番号		<input type="checkbox"/> 一般

※ご記入いただいた氏名・所属・連絡先電話番号などの個人情報は参加者名簿の作成のみに使用させていただきます